

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 21 novembre 1900, à 1 heure

Par ALBERT LEMARCHAND

Né à Sillé-le-Guillaume (Sarthe), le 26 mars 1875

Ancien externe des hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

LA GASTROSTOMIE

SES RÉSULTATS FONCTIONNELS

ORIFICE ÉTROIT SANS SUTURE DE LA MUQUEUSE

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : MM. POIRIER,
LEJARS, } agrégés.
LEGUEU, }*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 21 novembre 1900, à 1 heure

Par ALBERT LEMARCHAND

Né à Sillé-le-Guillaume (Sarthe), le 26 mars 1875

Ancien externe des hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

LA GASTROSTOMIE

SES RÉSULTATS FONCTIONNELS

ORIFICE ÉTROIT SANS SUTURE DE LA MUQUEUSE



Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. POIRIER,

LEJARS,

LEGUEU,

} agrégés.

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BROUARDEL.
Professeurs MM.

Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	{ HUTINEL.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....	BERGER.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	LANDOUZY.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....	BRISSAUD.
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale.....	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.....	DIEULAFOY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses.....	JOFFROY.
	RAYMOND.
Clinique chirurgicale.....	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU
	{ TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIER.
Clinique des voies urinaires.....	PANAS.
Clinique d'accouchement.....	{ GUYON.
	{ PINARD.
	{ BUDIN.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DESGREZ.	LEJARS.	THIÉRY.
ALBARRAN.	DUPRÉ.	LEPAGE.	THIROLOIX.
ANDRÉ.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
BONNAIRE.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BROCA (AUG.).	GILLES DE LA TOURETTE	MENETRIER.	VARNIER.
BROCA (ANDRÉ).	HARTMANN.	MERY.	WALLICH.
CHARRIN.	LANGLOIS.	ROGER.	WALTHER.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	SEBILEAU.	WIDAL.
PIERRE DELBET.	LEGUEU.	TEISSIER.	WURTZ.

Chef des travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Secrétaire de la Faculté : PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR TILLAUX

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHIRURGIEN DE LA CHARITÉ

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

AVANT-PROPOS

Pendant notre année d'externat dans le service de M. le Dr Delpeuch, à l'hôpital Cochin, nous avons eu l'occasion d'observer plusieurs malades atteints de sténose cancéreuse de l'œsophage, pour lesquels M. le professeur Schwartz pratiqua la gastrostomie. Cette opération exécutée par un procédé simple et assez rapide, sans suture de la muqueuse, a donné des résultats excellents avec continence parfaite de la fistule.

Ces résultats post-opératoires nous ont intéressé, et il nous a semblé utile de recueillir quelques observations de cas semblables, opérés par cette même méthode, et d'en faire le sujet de notre thèse.

Ce n'est pas que le procédé soit nouveau, car nombre de chirurgiens l'ont déjà et depuis longtemps mis en usage. Nous le décrirons cependant avec quelques détails, en insistant spécialement sur tout ce qui aura trait à l'établissement de la fistule gastrique, et sur les soins post-opératoires destinés à assurer la continence parfaite de cette fistule.

Nous nous efforcerons donc : 1° d'exposer clairement un procédé qui, nous en avons la conviction, est une bonne opération, simple dans son exécution et dans ses suites ; 2° de montrer de quels soins minutieux les gastrostomisés doivent être l'objet, pour qu'ils retirent un bénéfice réel de cette intervention.

Nous laisserons de côté la question des indications et con-

tre-indications de la gastrostomie ; après avoir exposé tout d'abord et rapidement l'historique de la gastrostomie, nous examinerons les différents procédés, les plus usuels : procédés valvulaires, procédés classiques.

Dans le troisième chapitre, nous décrirons le manuel opératoire ordinairement employé par le Dr Schwartz.

Le chapitre IV traitera des suites de l'intervention, des précautions à prendre pour éviter les accidents post-opératoires et obtenir avec une continence parfaite de la fistule les meilleures conditions d'alimentation du malade. C'est d'ailleurs le but de ce travail.

Avant d'aborder cette modeste étude qu'il nous a inspirée, nous sommes heureux de manifester notre gratitude à M. le Dr Schwartz, professeur agrégé à la Faculté, pour la bienveillance avec laquelle il nous a reçu et nous a permis de recueillir les observations de son service.

Nous offrons ici l'hommage de notre reconnaissance la plus vive à ceux qui furent nos maîtres dans les hôpitaux de Paris, pour toutes les leçons que nous avons reçues d'eux :

A MM. les professeurs Le Dentu et Duplay, pour les connaissances de pratique chirurgicale que nous avons puisées chez eux pendant nos quelques mois de stage à Necker, et notre première année d'externat à l'Hôtel-Dieu.

A M. le professeur Gilbert, médecin de l'hôpital Broussais : nous nous souviendrons toujours de l'enseignement pratique qu'il nous a donné pendant notre première année de stage.

A M. le Dr Delpeuch, médecin de l'hôpital Cochin, chez lequel nous avons eu l'honneur de passer notre seconde

année d'externat ; nous garderons le souvenir de son enseignement plein d'intérêt, où la science de la clinique s'alliait à une connaissance approfondie de l'histoire médicale.

Nous ne saurions oublier les heureux mois de notre dernière année d'externat, passés dans le service de M. le Dr Champetier de Ribes, à la Maternité de l'Hôtel-Dieu : nous lui devons nos connaissances en obstétrique ; qu'il reçoive ici l'expression de notre reconnaissance.

Nous adressons enfin nos plus vifs remerciements à M. le Dr Monod, chirurgien de l'hôpital St-Antoine, professeur agrégé à la Faculté, pour la bienveillance avec laquelle il nous a permis de recueillir les observations de son service.

Enfin, nous prions M. le professeur Tillaux, d'agréer nos remerciements respectueux pour l'insigne honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

La gastrostomie est une opération par laquelle on établit au niveau de l'épigastre, une ouverture de l'estomac, ouverture permanente qui doit servir à l'alimentation artificielle, mais qui peut être temporaire selon la nature de la maladie.

L'on pourrait s'attendre à voir une intervention si rationnelle connue et pratiquée depuis longtemps : pourtant c'est vers le milieu de ce siècle seulement qu'elle commença à être proposée, puis exécutée.

En 1837, un chirurgien militaire norvégien, Egebert, proposa sous le nom de *Gastrostomie* ou Gastrotomie, une opération consistant à ouvrir l'estomac, à la manière de l'intestin dans l'anus iliaque.

En 1848, un de nos compatriotes, Blondlot, tenta la première gastrostomie sur un chien. Il eut un succès remarquable : le chien guérit, et pendant deux ans servit à diverses expériences.

C'est à un autre français, Sédillot, que revient l'honneur d'avoir opéré la première gastrostomie sur l'homme, le 13 novembre 1849 ; il la pratiqua pour la seconde fois en 1853. Nélaton la tenta également en 1854 ; mais les résultats opératoires étant désastreux, cette opération fut abandonnée des chirurgiens français.

L'on peut reconnaître dans l'histoire de la gastrostomie

trois périodes : période d'essais, période de tâtonnements et de lutttes, période de succès.

1^{re} Période. — Nous avons vu la gastrostomie naître avec Sédillot et Nélaton, puis sombrer à la suite des insuccès. Les chirurgiens américains et anglais reprirent alors, mais sans obtenir de bons résultats. Seul, un malade de Sydney Jones eut une survie de quarante jours.

Ce fut seulement en 1876, que nous voyons la gastrostomie reparaitre en France avec Verneuil. Ce chirurgien tenta une intervention par un procédé analogue au procédé classique que nous décrivons plus loin : il obtint un succès.

Ce fut l'occasion de la réviviscence de cette opération : travaux, mémoires, communications reparurent ; puis vinrent les perfectionnements de la méthode antiseptique, l'infection péritonéale n'était plus à craindre ; les interventions devinrent plus nombreuses et les résultats meilleurs.

2^e Période. — En 1883, Lefort pose l'indication formelle de l'opération (1) dans les rétrécissements œsophagiens. En 1887, Heydenreich la considère comme de plus en plus satisfaisante dans ses résultats. Vinant dans sa thèse, en 1889, donne 17 observations, dans la plupart desquelles il y eut survie de 3 à 6 mois. Enfin, tous les chirurgiens recueillent avec soin leurs observations et établissent les statistiques.

Heydenreich obtient une mortalité de 57 pour 100, Johansen obtient 34,2 pour 100 de survie de plus d'un mois.

La statistique de Zesas donne une mortalité de 84 pour 100, mais il faut bien remarquer que ce chirurgien fait entrer dans ce nombre des malades qui ont survécu 18 mois. Aussi

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1883, n° 90.

pour avoir jugé d'après ces statistiques erronées, certains auteurs en arrivent à des conclusions paradoxales et à la condamnation de la gastrostomie. Lagrange, en 1885, écrivait (1) : « Ou bien la maladie est peu avancée, et le malade peut encore vivre, ou bien elle existe depuis longtemps, et le malade va mourir. » Et Annéquit (2), s'appuyant sur le dilemme de Lagrange, concluait au bannissement de la gastrostomie dans la thérapeutique du cancer de l'œsophage.

Mais ces opinions erronées n'ont pas prévalu : l'utilité de cette intervention devint évidente, et tous les chirurgiens s'accordent actuellement sur la nécessité de créer une bouche stomacale chez les malades atteints de sténose œsophagienne et condamnés à mourir de faim.

Dès 1890, Bousquet (3) écrivait : « La gastrostomie doit être préférée aux autres traitements : seule elle permet une alimentation facile et procure un grand soulagement. »

3^e Période. — La gastrostomie entra alors dans la pratique ; mais si tous étaient d'accord sur l'indication formelle de cette intervention, ils étaient loin de s'entendre sur le choix du procédé : il s'agissait de surmonter une difficulté aujourd'hui à peu près résolue : obtenir une continence parfaite de la fistule créée. Aussi, depuis dix ans surtout, l'émulation des chirurgiens a été vive, les discussions des congrès et sociétés savantes ont été nombreuses, les procédés se sont perfectionnés et les résultats ont été excellents.

Les méthodes suivies sont des plus variées ; mais on peut les ranger en trois classes :

(1) *Revue de chirurgie*, 1885.

(2) Thèse de Bordeaux, 1885.

(3) Thèse de Paris, 1890.

1° Les procédés basés sur ce principe : « s'opposer à l'issue des liquides de l'estomac en créant une valvule au niveau de la bouche viscérale ;

2° Dans la seconde classe se range le procédé classique, ouverture de l'estomac, et suture de la muqueuse à la peau : c'est le procédé de Verneuil, modifié depuis dans quelques détails par Labbé, les professeurs Terrier, Berger ;

3° Enfin les différents procédés qui consistent à faire une simple ouverture à l'estomac sans suture de la muqueuse : celui que nous décrirons et dont nous publierons les résultats fonctionnels fait partie de cette catégorie.

Nous ne nous attarderons pas à rappeler les anciens modes d'opération de la gastrostomie. Rappelons seulement que Sédillot faisait à la région épigastrique une incision cruciale, médiane, de 4 centimètres ; mais de bonne heure les chirurgiens adoptèrent l'incision unique, linéaire, soit verticale, soit oblique, parallèle au bord inférieur des fausses côtes, s'étendant de l'appendice xiphoïde au 9^e cartilage costal : c'est l'incision de Labbé, devenue classique ; c'est celle qui est généralement adoptée,

Nous dirons quelques mots sur les principaux procédés : nous rappellerons rapidement l'ancienne gastrostomie en deux temps. Puis nous terminerons en groupant dans un même paragraphe les différents accidents reprochés à ces procédés : cette revue des résultats fonctionnels obtenus par ces méthodes formera une sorte d'historique de l'incontinence stomacale.

Nous ne pensons pas nous écarter de notre sujet en faisant cette sorte de revue d'ensemble : il sera plus facile par la suite, croyons-nous, de comparer entre eux méthodes et résultats.

CHAPITRE II

Procédés opératoires.

§ 1. — Procédés valvulaires.

A Pénieres (de Toulouse) revient le mérite d'avoir songé à utiliser la muqueuse gastrique comme valvule ou comme soupape se fermant par l'effort même du liquide stomacal tendant à refluer : cette valvule peut être comparée à la valvule urétérale, au niveau de l'abouchement de ce conduit dans la vessie.

En 1896, Fontan publie l'observation d'un malade opéré par ce procédé (1) : « Après avoir fait l'incision épigastrique ordinaire, dit-il, je saisis la paroi de l'estomac avec une pince à dents de souris, et j'exerce une traction sur cette paroi pour l'attirer au dehors de façon à avoir trop d'étoffe. Après fixation en couronne de cette paroi exubérante, je refoule en dedans le pli de l'estomac sur lequel la pince reste fixée et je suture avec des points séro-séreux sur les deux extrémités du pli valvulaire. Un bistouri droit étant glissé à la place de la pince, ponctionne ensuite le fond de la valvule et l'on introduit dans l'ouverture une canule qui se trouve par conséquent engagée dans une valvule à mitre d'évêque, formée par le refoulement des tuniques stomacales et l'adossement de la séreuse à elle-même. »

(1) *Revue de chirurgie*, 1896.

Le procédé de Forgues diffère un peu du précédent en ce que la valvule n'est pas créée par le chirurgien, elle se produit d'elle-même les jours qui suivent l'intervention, grâce à la rétraction des couches séro-muscleuses superficielles : mais il faut avoir soin d'attirer par la plaie abdominale un pli stomacal de hauteur relativement longue.

La muqueuse se sépare alors par glissement des couches musculo-séreuses sous forme d'un pli saillant dans la cavité de l'organe, pli dont le relief est en rapport avec l'étendue de la surface séro-musculaire rétractée, partant avec les dimensions du pli gastrique suturé.

Ces procédés ont donné d'excellents résultats, publiés par leurs auteurs eux-mêmes, puis par Loison, Ricard, en 1898. En 1897, M. Ricard présenta à la Société de chirurgie l'estomac d'un malade opéré par la méthode de Fontan, et montrant nettement le repli muqueux formant valvule.

On reproche à ces méthodes leur longueur d'exécution, l'emploi qu'elles exigent d'une trop grande étendue de la paroi gastrique : or, sur les estomacs rétractés par une longue inaction, cette manœuvre est impraticable.

Les procédés de Witzel et de Ssebanajew, sont aussi passibles des mêmes reproches, puisqu'ils exigent, le premier, le plissement des tuniques de l'estomac, le second, la formation d'un cône stomacal que l'on engage au-dessous d'un pont cutané, créant ainsi un trajet oblique avec sphincter, valvule, et obturation automatique.

Récemment (1) M. Poirier a décrit un procédé, qui, utilisant les travaux de Forgues et de Fontan, « emprunte à

(1) *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1900.

l'un sa valvulation muqueuse, à l'autre son trajet intra-pariétal formé aux dépens d'un cône gastrique ». Il attire au dehors de la plaie un cône stomacal d'environ deux centimètres : il le fixe par quatre points de suture comprenant le transverse et le péritoine d'une part, les tuniques séreuse et musculieuse de l'estomac d'autre part ; on fait à l'estomac une incision de un centimètre ; on décolle avec une sonde cannelée la muqueuse de la musculieuse ; on perce celle-ci d'un coup de sonde cannelée et on introduit la sonde en gomme. Celle-ci est laissée à demeure pendant huit jours. Ce procédé, qui a fait le sujet d'une thèse récente, aurait au dire de son auteur (1) tous les avantages désirables. Il demande très peu de temps pour être exécuté : c'est tout au plus si on a pu lui reprocher d'avoir dans quelques cas, rares il est vrai, de cathétérisme mal fait, donné lieu à un décollement de la muqueuse par le passage du liquide injecté entre les tuniques de l'estomac.

Citons en dernier lieu le procédé à la fois valvulaire et sphinctérien de Marwedel : en voici la courte description empruntée à Barozzi (2). Après avoir incisé les parties molles et recherché l'estomac, on attire hors du ventre une portion de la paroi de l'organe, sous la forme d'un pli allongé et on le fixe par plusieurs points.

Cette paroi est incisée sur une longueur d'environ six centimètres : l'incision n'intéressera que le plan musculo-séreux de l'estomac et il faudra disséquer avec attention les deux lèvres de l'incision sous peine de perforer la muqueuse.

On formera ainsi une gouttière musculo-muqueuse.

(1) Thèse de Paris, Guillot, 1900.

(2) BAROZZI, Thèse de Paris, 1898.

Avec un bistouri, le chirurgien ponctionne la muqueuse à l'angle inférieur de la plaie stomacale, et à travers l'orifice ainsi obtenu, glisse dans la cavité de l'organe une sonde de Nélaton, jusqu'à une profondeur de deux centimètres, puis il fixe cette sonde par un point au catgut.

Après avoir couché le reste de la sonde dans la gouttière musculo-muqueuse, on rabat sur elle les deux lambeaux séro-musculéux, dont les bords sont solidement affrontés par six ou huit points séparés, de manière à la recouvrir entièrement. Puis on referme la paroi abdominale en ne laissant qu'un petit orifice pour le passage de la sonde.

On obtient ainsi un trajet intra-pariétal formé de deux portions inégales : l'une courte, cutanéomusculaire, traverse la paroi abdominale ; l'autre plus longue, gastrique intra-pariétale, cheminant entre la couche séro-musculaire et la tunique muqueuse de l'estomac.

Tels sont les différents procédés de gastrostomie valvulaire : à part la durée un peu longue de l'intervention on n'a pu faire à ces différentes méthodes de critiques sérieuses, au double point de vue de la continence de la fistule et des suites opératoires.

§ 2. — Procédé classique.

La méthode classique a reçu diverses modifications des différents chirurgiens depuis Verneuil, Labbé, etc. Actuellement, le manuel opératoire (1) en a été réglé par M. le professeur Terrier ; en voici les points caractéristiques :

(1) *Traité de chirurgie*, Le Dentu et Delbet, VI.

« 1° Fixer l'estomac au péritoine pariétal par des sutures séro-séreuses ;

2° Faire à l'estomac un orifice aussi petit que possible et enfin suturer la muqueuse à la peau.

On incise d'abord la paroi de l'abdomen sur une longueur de 6 à 8 centimètres en commençant à un travers de doigt au-dessous de l'appendice xiphoïde et parallèlement au rebord costal, jusqu'à l'articulation de la 9^e et de la 10^e côte. On ouvre le péritoine : l'estomac est recherché et attiré au dehors, puis on le fixe de la manière suivante : « Une couronne de sutures séro-séreuses, faites à la soie fine, réunissent le péritoine stomacal au péritoine pariétal. Six points suffisent en général pour assurer cette fixation. Les deux extrémités de chaque anse, après avoir traversé la séreuse pariétale, sont nouées dans l'épaisseur de la paroi abdominale sectionnée. Deux fils sont ainsi placés de chaque côté et parallèlement aux bords de la plaie (*fils latéraux*).

Le reste de la plaie pariétale est fermé au-dessus et au-dessous de l'union avec l'estomac par des points à la soie qui comprennent le feuillet pariétal séreux et une partie seulement de l'épaisseur de la paroi (*fils terminaux*).

L'estomac à découvert sur une surface mesurant 3 à 4 centimètres de longueur et deux de largeur, forme bourrelet.

Pour l'ouvrir, faire une simple ponction au bistouri dans ce bourrelet : les bords de cette ouverture faite aussi petite que possible, sont alors rabattus et fixés à l'aide de fils qui passent d'une part à travers les trois tuniques de l'estomac, d'autre part à travers les muscles et les téguments : de cette façon, une fois les fils noués, la muqueuse se continue avec la peau. »

L'accolement des plis de la muqueuse oblitère la fistule.

M. Quénu (1), tout en opérant ainsi, ne fait qu'une ouverture punctiforme avec un petit ténotome. Puis au lieu de fixer simplement la séreuse stomacale au péritoine pariétal par quatre points cardinaux, il passe son aiguille à travers une série de plis du péritoine gastrique, de façon à ce que le serrement de chaque fil en bourse amène un rétrécissement du cône stomacal au point où il franchit le péritoine pariétal. Il en résulte une sorte de petit œsophage rétréci au niveau de l'orifice cutané, et rétréci au niveau de péritoine : c'est donc un double obstacle apporté à l'issue du contenu stomacal.

Le procédé classique a fait ses preuves et a donné des résultats fonctionnels satisfaisants. M. Quénu a eu de beaux succès chez un vieillard avec survie de plus d'un an, et chez un enfant de cinq ans : il n'y a eu aucun accident.

Mais, malgré tous les perfectionnements apportés, ce procédé cause encore des accidents trop nombreux, la digestion par le suc gastrique des lèvres de la plaie, l'inflammation et l'irritation des tissus. Nous en reparlerons plus loin.

Nous ne saurions citer toutes les modifications apportées à la technique de la gastrostomie par Berger, Witzel, Hahn, Hadra, Chalot, etc. Nous sortirions de notre sujet. Mais nous croirions être incomplet, en ne parlant pas de la gastrostomie en deux temps.

§ 3. — Gastrostomie en deux temps.

La gastrostomie en deux temps remonte elle aussi à Sédil-

(1) *Société de chirurgie*, 29 mai 1900.

lot : ce chirurgien exécuta sa première gastrostomie en une seule séance, mais pour sa seconde, il fixa d'abord l'estomac, mais ne l'ouvrit point ; puis, appliquant une forte pince en un point de la paroi gastrique, il attendit jusqu'au cinquième jour pour exciser avec les ciseaux l'escarre formée entre les mors de la pince.

Tel est, en effet, le principe de la gastrostomie en deux temps : première séance : fixation de l'estomac à la plaie pariétale, ou *gastropexie* ; seconde séance, ouverture de l'organe, ou *gastrostomie* séparée de la première intervention par un intervalle variant suivant les cas de plusieurs jours à plusieurs semaines.

Longtemps abandonnée, cette opération fut remise en honneur par Howse en 1879, et fut appliquée dans la suite par la plupart des chirurgiens : Berger (1), Tillaux (2), Reynier, Monod (3),

Le professeur Poncet de Lyon (4) est nettement partisan de la gastrostomie en deux séances : « Si l'on a la bonne fortune de tomber sur un malade atteint de sténose cancéreuse de l'œsophage, mais dont le rétrécissement incomplet permet encore l'alimentation par la voie normale, on se trouve en face d'un homme qui n'est pas encore trop affaibli et qui peut mieux que jamais supporter un shock opératoire. »

Poncet pratique cette gastrostomie en deux séances pour tous les cas qui ne sont pas urgents. L'estomac est saisi, fixé par une double couronne de points de sutures : deux fils de

(1) *Bull. Soc. chirurgie*, 1890.

(2) *Leçons de clinique chirurgicale*, 1895,

(3) *Bull. Soc. chirurgie*, 1897.

(4) TILLIER, Thèse de Lyon, 1890.

soie sont conservés dans toute leur longueur, aux extrémités latérales de la plaie ; celle-ci se fermera, sauf au point où ressortent les deux fils.

Quelques jours, ou quelques semaines après, on procédera au deuxième temps de l'opération ; les deux fils ayant formé fistule, rien n'est plus facile de s'en servir comme de tracteurs pour attirer l'estomac : ils serviront aussi de guide pour le ténotome qui ira ponctionner l'estomac entre ces deux fils.

Cette gastrostomie préventive était la plus généralement adoptée ; la méthode en un seul temps était réservée seulement aux opérations d'urgence.

Mais aujourd'hui, si quelques chirurgiens sont encore restés fidèles au procédé en deux temps, un grand nombre ont adopté la gastrostomie immédiate.

Depuis le perfectionnement de l'antisepsie, l'on ne craint plus l'infection péritonéale, jadis si redoutée. L'on attendait plusieurs jours la formation d'adhérences protectrices de la cavité séreuse : l'on sait aujourd'hui que ces adhérences s'établissent en quelques heures et sont rapidement suffisantes pour s'opposer au passage des liquides.

D'autre part, il est pénible de soumettre un malade aux angoisses de deux interventions, tandis que le même résultat peut être obtenu en une seule séance.

Enfin, il est un troisième grief, plus sérieux que les précédents : malgré les fils servant de points de repère et de guide, il peut arriver, et il est réellement arrivé de se tromper ; l'aspect de la plaie s'étant modifié, le fil peut s'être détaché, et l'on ne sait si c'est bien l'estomac qu'on a sous les yeux. Le côlon, l'arrière-cavité des épiploons ont été ainsi ouverts à la suite d'une gastropexie.

Des accidents si redoutables suffisent à montrer la supériorité de la gastrostomie en un temps sur l'ancienne gastropexie.

L'ouverture de l'estomac, dit Segond, est d'ailleurs beaucoup plus facile dans l'opération en un temps que dans celle en deux temps. Du reste, ce qui fait à nos yeux l'incontestable supériorité de la gastrostomie d'emblée, ce n'est pas seulement parce qu'elle est plus simple d'exécution, c'est avant tout parce qu'elle peut seule remplir la formelle indication de nourrir sans le moindre retard des malades qui meurent de faim.

§ 4. — De l'incontinence de la fistule stomacale.

Obtenir une continence parfaite de fistule stomacale, tel est le but principal de la gastrostomie.

Si ce résultat est réalisé, le malade est guéri au sens chirurgical du mot, il s'alimentera régulièrement, et aucune partie de ce qui aura été injecté ne fera issue de la bouche stomacale : sans douleur, sans plaie, il retirera tout bénéfice possible de son opération, et pourra combattre plus ou moins longtemps la cachexie envahissante.

Si nous faisons la comparaison avec un malade porteur d'une fistule incontinente, nous voyons à quelle infirmité celui-ci est condamné : aliments en partie rejetés par la bouche gastrique, écoulement des liquides digestifs, altérations de l'épiderme, érythèmes, excoriations, digestion des tissus ; dès lors la fistule s'agrandit, s'ulcère, les pansements sont imbibés de liquide d'une malpropreté et d'une odeur écœurantes. A ce moment l'infection peut se produire : enfin, la souffrance morale venant s'ajouter au mal physique, le malade s'acheminera rapidement au terme fatal.

Dans ce cas, la gastrostomie a manqué son but en ne permettant pas l'alimentation, la digestion, et se compliquant d'une véritable infirmité !

Aussi, telle a toujours été la préoccupation des chirurgiens, d'obtenir la continence complète de la fistule. Nous savons que la tolérance des estomacs varie beaucoup (Tuffier) ; il en est qui sont toujours intolérants et chassent leur suc gastrique quoi qu'on fasse et quel que soit le procédé adopté. Il est aussi de toute évidence, qu'un estomac dont les tissus sont envahis par le néoplasme ne pourra plus donner de bons résultats fonctionnels.

Quelquefois, les accidents dont nous parlons sont dus à une faute opératoire : c'est ainsi que les fils qui servent à fixer l'estomac au péritoine pariétal ne doivent jamais traverser les trois tuniques de l'organe mais les deux superficielles seulement, la muqueuse restant intacte : la perforation de cette tunique laisserait suinter les liquides de l'estomac d'où ils pourraient s'infiltrer dans la paroi de l'organe et même dans le péritoine. Kraske perdit ainsi un de ses opérés.

Aux débuts de la gastrostomie, la sagacité et l'imagination des chirurgiens s'exercèrent à inventer toutes sortes d'appareils pour obturer la fistule.

Sédillot se servait d'un cylindre d'ivoire, de drains, de canules. Dans une de ses observations, l'on voit qu'il employa pendant plusieurs jours divers moyens infructueux pour retenir les aliments dans l'estomac, entre autres, il alla jusqu'à employer deux aides pour comprimer latéralement la plaie.

D'autres utilisaient des canules trachéales soutenues par des bandes.

Lannelongue, Schonborn utilisaient un obturateur en forme de sablier à deux boules ; cet obturateur en caoutchouc vulcanisé pouvait être gonflé à volonté, de façon à se dilater de chaque côté de l'orifice : le canal central servait à l'injection des aliments.

Israels de Berlin se servait d'un tube à drainage long de 10 centimètres : ce tube est introduit jusqu'à son milieu dans une sorte de pessaire à air en caoutchouc que l'on gonfle ensuite, ce qui fixe solidement le drain : on introduit alors le drain dans la fistule et on applique par-dessus le pessaire une plaque en fer blanc trouée à son centre. Le tube est fermé par un bouchon et l'appareil maintenu en place par une ceinture élastique garnie de bretelles.

Aucun de ces obturateurs ne donnait de résultats satisfaisants ; ils produisaient au contraire un résultat tout opposé à celui cherché par l'opérateur ; car ces drains, ces canules, maintenaient béantes les lèvres de la plaie stomacale, relâchaient les tissus ; si quelques gouttes de liquide gastrique suintaient entre leur paroi extérieure et le bord de la plaie, ils étaient remplacés par des obturateurs plus larges, augmentant encore le diamètre de la fistule : le mal était pire.

La méthode d'après laquelle on ourle la muqueuse à la peau présente de même des accidents : incontinence et digestion des bords de la plaie. En vain a-t-on tenté de placer à frottement une sonde n° 22 dans l'orifice : les bords de la plaie étaient protégés par une couche de collodion iodoformé. Mais au bout de quelques heures celui-ci se décollait, et alors reparaissaient les accidents déjà énumérés : excoriations, érythèmes, ulcération agrandissant de plus en plus la fistule.

Le professeur Terrier chercha à neutraliser l'acidité du suc

gastrique en appliquant sur la plaie des poudres alcalines, des sachets de carbonate de magnésie. Cette innovation donna lieu à quelque amélioration, mais elle était impuissante à empêcher le reflux du liquide stomacal.

On a incriminé pour expliquer l'origine de ces accidents, une hyperacidité spéciale du suc gastrique ; est-il peu acide ? les tissus supporteront bien son contact ; est-il très acide ? Il les altérera. Et cette composition du suc gastrique varierait non seulement suivant les sujets, mais chez un même sujet suivant l'état plus ou moins favorable de la nutrition.

M. Terrier (1) a cité l'exemple d'une fillette affligée d'un rétrécissement œsophagien et dont la nutrition était très altérée ; le suc gastrique faisant issue par la fistule était extrêmement acide et avait donné lieu à une ulcération. Plus tard, l'état général s'étant amélioré sous l'influence de l'alimentation qui se faisait à la fois par la fistule et par la bouche, l'ulcération disparut et la fistule devint continente.

L'on a aussi attribué l'incontinence stomacale à l'ouverture de l'organe dans un point déclive. Aussi Delagénère conseille-t-il de fixer la fistule le plus haut possible, de façon à ce que les liquides ne puissent l'atteindre ; et actuellement les chirurgiens s'accordent à ouvrir l'estomac au niveau de la grande courbure, et non près du pylore ; la région pylorique étant en effet trop mobile, la fistule serait exposée aux tiraillements causés par l'acte digestif, et deviendrait incontinente.

En 1888, Bryant obtint des succès en ouvrant l'estomac avec un fin ténotome, et en supprimant les obturateurs :

(1) *Société de chirurgie*, n° 16, p. 481.

on s'aperçut alors que la dimension de l'orifice stomacal jouait le principal rôle au point de vue de la continence de la fistule : petit orifice, ni drain, ni obturateur.

Dès lors, nous concluons avec MM. les professeurs Terrier et Poncet, en disant que dans la gastrostomie, l'essentiel est de faire à l'estomac une ouverture très petite, une fistule de quelques millimètres laissant juste passer la sonde, et non pas une bouche stomacale.

CHAPITRE III

Manuel opératoire de la gastrostomie.

(OUVERTURE ÉTROITE SANS SUTURE DE LA MUQUEUSE).

Les différents procédés que nous venons de décrire ont tous fait leurs preuves et ont donné à leurs auteurs de bons résultats : néanmoins, nous avons vu qu'ils étaient passibles de certains reproches, soit qu'ils demandent un temps assez long pour être exécutés, soit qu'ils n'atteignent qu'imparfaitement le but de l'intervention en n'assurant pas la continence parfaite de la fistule stomacale.

La méthode que nous allons décrire dans ce chapitre n'est pas nouvelle ; de nombreux chirurgiens la mettent en usage, tels M. le professeur Poncet (de Lyon), MM. Schwartz, Monod, etc. Ce procédé est en effet d'une exécution à la fois simple et rapide, puisqu'il respecte la muqueuse stomacale et lui demande seulement un passage de quelques millimètres. Nous verrons ensuite combien ses résultats sont satisfaisants.

Description de l'opération. — On distingue trois temps dans l'opération de la gastrostomie :

- 1^{er} temps. — Incision de la paroi abdominale ;
- 2^e temps. — Recherche et fixation de l'estomac ;
- 3^e temps. — Incision de l'estomac.

1^{er} TEMPS. INCISION DE LA PAROI ABDOMINALE. — Le champ opératoire étant préparé, on fait une incision unique, oblique (c'est l'incision classique), ou verticale.

L'incision oblique, préconisée par Labbé, est, croyons-nous, l'incision de choix ; elle partira près de l'appendice xiphoïde, à trois centimètres environ du rebord costal, descendra parallèlement au rebord des fausses côtes sur une longueur de huit à dix centimètres, et à un travers de doigt de ce rebord : puis elle viendra se terminer en bas vers le cartilage de la neuvième côte.

Ce dernier point de repère est facilement retrouvé, grâce au petit pont cartilagineux qui permet la mobilité de la neuvième sur la dixième côte.

L'incision sectionnera sur la même ligne l'aponévrose superficielle : puis apparaîtront deux couches musculaires, l'une épaisse formée par le grand droit, l'autre mince formée par le transverse. Au lieu d'inciser au bistouri ces masses charnues, il est préférable de dissocier les fibres musculaires au moyen de la sonde cannelée, sans trop les dilacérer. Ce procédé a été employé la première fois par Witzel ; c'est une modification ingénieuse qui contribue à constituer une sorte de sphincter et à favoriser la continence de la fistule ; elle évite aussi au malade une perte de sang en ménageant l'anastomose des artères épigastrique et mammaire interne qui pourraient être sectionnées avec le muscle.

Le péritoine est visible au centre de la plaie ; il est saisi avec une pince, ponctionné et ouvert sur une longueur de quatre à cinq centimètres. En même temps, au moyen de pinces à forcipressure, on repèrera tout autour de l'ouverture la séreuse péritonéale.

2^e TEMPS. RECHERCHE ET FIXATION DE L'ESTOMAC. — L'incision a été faite dans le triangle de Labbé, là où normalement l'estomac est en rapport avec la paroi de l'abdomen. Dans la majorité des cas, principalement chez les malades encore robustes dont le canal œsophagien permet le passage de quelques aliments (*gastrostomie préventive*), dans ces cas, l'estomac est visible au fond de la plaie : il est alors saisi, attiré au moyen d'une pince et amené au dehors.

D'autres fois, les rapports de l'estomac étant modifiés, ce n'est pas lui que l'on rencontre de prime abord ; il en est ainsi dans les sténoses de l'œsophage déjà anciennes, où l'organe digestif atrophié, ratatiné, envahi quelquefois lui-même par le néoplasme, se rétracte dans la partie supérieure de l'abdomen, et se cache sous la concavité diaphragmatique. Il demande alors pour être retrouvé une recherche méthodique et minutieuse, sous peine d'erreur grave.

A sa place, peuvent se présenter l'épiploon ou le côlon transverse, ce dernier reconnaissable à ses bandes transversales et à ses bosselures. Pour trouver sûrement l'estomac, il faut abaisser le côlon, puis introduisant deux ou trois doigts dans la plaie sous le lobe gauche du foie jusqu'au petit épiploon, suivre cet épiploon de haut en bas ; l'on arrive à coup sûr à toucher l'estomac, reconnaissable à sa surface unie, à ses arborisations vasculaires et à sa consistance spéciale, toute différente de celle de l'intestin ou du pancréas.

Quoi qu'il en soit, on le saisira le plus haut possible près du cardia, et la partie attirée au dehors formera une hernie en forme de cône ou de bonnet d'évêque, au centre de la plaie abdominale.

Nous avons vu combien longues et fréquentes ont été les

discussions des sociétés savantes pour décider à quel niveau l'estomac devait être saisi et incisé ; aujourd'hui tout le monde s'accorde à placer l'ouverture de l'organe digestif, là où il est le moins mobile, c'est-à-dire près du cardia, sur la face antérieure du grand cul-de-sac : ainsi la fistule sera à l'abri des liquides digestifs qui demeureront dans les parties déclives, et elle n'aura pas à subir les tiraillements causés par les contractions stomacales pendant la digestion : une fistule ayant son siège près du pylore, région la plus mobile de l'organe, serait exposée à ces inconvénients.

L'estomac étant reconnu et saisi, il faut le fixer solidement ; mais auparavant, nous devons régler la hauteur du cône stomacal que l'on doit attirer au dehors ; il faudra maintenir l'estomac de telle sorte que le sommet du cône arrive au niveau du tégument externe, en un mot, qu'il ait une hauteur égale à celle de la paroi abdominale. En moyenne, ce cône a une longueur de deux centimètres et autant de largeur à sa base : chez les sujets adipeux, ces dimensions seront un peu augmentées.

On fixe l'estomac par une double couronne de points de sutures : les premiers points uniront les deux feuillets pariétal et viscéral du péritoine (*fil séro-séreux*) ; les seconds réuniront ensemble estomac, péritoine, paroi abdominale (*fil séro-musculo-aponévrotiques*).

Les premiers fils, qui seront aussi fins que possible, formeront des anses adossant l'un à l'autre les deux feuillets séreux : alors qu'ils auront été serrés et noués, la cavité péritonéale sera parfaitement close.

La deuxième couronne de sutures unira les tuniques stomacales, *la muqueuse exceptée*, aux muscles et aponévroses

de la paroi abdominale, en comprenant également le péritoine.

Le nombre de ces anses varie de quinze à vingt ; elles doivent toujours être en quantité suffisante pour garantir le péritoine de toute infection et pour fixer solidement l'estomac.

Toutes ces sutures devront être faites avec des aiguilles fines et des fils de soie, de préférence au catgut qui se résorbe facilement : les fils de soie bien aseptiques ne provoqueront aucune réaction inflammatoire et s'enkysteront en donnant naissance à des adhérences.

Ces fils seront espacés de quatre à cinq millimètres : ils ne devront jamais pénétrer dans la muqueuse gastrique par crainte des accidents signalés plus haut.

3° TEMPS. INCISION DE L'ESTOMAC. — L'incision de l'estomac qui constituait autrefois le second temps de l'opération est réalisée maintenant aussitôt l'estomac fixé. Au moyen d'un bistouri à lame étroite, on ponctionne d'un seul coup les trois tuniques de l'organe en s'efforçant de faire l'ouverture aussi petite que possible. Afin d'éviter un nouveau traumatisme, on la fera de préférence à cet endroit où l'estomac a été contusionné par les mors de la pince à traction.

Puis, se servant de la sonde cannelée comme conducteur, on fera pénétrer dans l'estomac une sonde en gomme n° 16, un peu rigide, qui servira à l'alimentation les jours suivants.

Cette manœuvre devra être exécutée avec prudence et dextérité : la muqueuse gastrique étant très mobile sur la tunique sous-jacente (on peut s'en convaincre en palpant le cône stomacal entre deux doigts), il arrive parfois que l'on

ne retrouve pas du premier coup l'orifice muqueux. Il suffit pour le retrouver de procéder avec douceur afin de ne pas décoller la muqueuse, et l'on sentira bientôt l'extrémité de la sonde rigide se mouvoir dans un espace libre ; elle est dans la cavité de l'estomac. Une sonde molle aurait le désavantage de transmettre au doigt des sensations moins précises, et donnerait l'illusion de la pénétration dans l'estomac, alors qu'elle n'aurait fait que créer un espace libre entre les tuniques muqueuse et musculieuse décollées.

La sonde une fois placée est fixée à la paroi par un crin de Florence.

L'opération de la gastrostomie est alors terminée ; il ne reste plus qu'à réunir de chaque côté les deux bords de la plaie cutanée par trois ou quatre crins, en prenant du même coup la peau et tous les plans musculaires et aponévrotiques.

Le tout est recouvert d'un pansement aseptique, du milieu duquel émerge la sonde destinée à introduire les aliments dans l'estomac.

CHAPITRE IV

Soins consécutifs.

L'opération est terminée : elle a duré de trente à quarante minutes : cette durée n'est pas excessive, même pour un malade cachectique. Comparons-la à celle des autres procédés : la méthode classique demande environ quarante minutes ou une heure ; Terrier et Louis (1) rapportent cinq observations de gastrostomie : trois ont duré une heure, une autre a duré une heure et demie, la dernière seule fut terminée en quarante minutes.

Des observations de Barozzi (2), il résulte que le procédé Marwedel exige quarante minutes : « cependant, dit cet auteur, j'ai réussi trois fois à tout expédier en 25 ou 30 minutes chez des sujets très affaiblis » ;

Enfin le procédé rapide de M. le docteur Poirier réclame une durée de trente minutes environ.

Tous ces chiffres, on le voit, sont à peu près identiques, il serait oiseux de nous attarder à une discussion sur ce point.

Les soins consécutifs devront avoir un double but :

1^o Alimenter le malade.

2^o Veiller assidûment au bon fonctionnement de la fistule.

A. Alimentation du malade.— Au bout de combien de temps,

(1) *Revue de chirurgie*, 1895.

(2) Thèse de Paris, 1898.

doit-on commencer à utiliser la fistule gastrique ? Czerny et Marwedel ne craignent pas d'introduire les aliments par la sonde aussitôt l'intervention terminée. Nous croyons plus prudent d'attendre un peu : il est à redouter en effet que, sous l'influence du chloroforme, les efforts causés par le vomissement ne détruisent quelques sutures. Les sujets encore vigoureux pourront attendre jusqu'au lendemain ; on soutiendra leurs forces par des lavements nutritifs, et s'il est besoin, par des injections sous-cutanées de sérum artificiel. Les sujets cachectiques et inanitiés réclameront une nourriture plus abondante et plus urgente : quatre ou cinq heures après l'intervention, l'on donnera environ cent grammes de lait distribué régulièrement toutes les deux heures et par petite quantité.

L'on peut donc, le soir même du jour de l'opération, distribuer 125 grammes de lait dans lequel on bat un jaune d'œuf. Le second jour, 250 grammes de lait avec un jaune d'œuf. Le troisième jour, la dose est encore augmentée et les jours suivants l'on fera prendre toutes les deux ou trois heures la valeur d'une tasse de lait, et au moment des trois repas une alimentation plus substantielle, composée de lait, jus de viande, œufs, bouillon, alcool, potion de Todd, café, etc.

La tolérance de l'estomac et l'état général du malade devront diriger cette alimentation. « Il faut se rappeler en effet que par suite d'une longue abstinence, l'estomac s'est rétracté, et que, comme tous les organes dont les fonctions ont été suspendues pendant longtemps, il n'arrivera que peu à peu à les remplir dans toute leur intégrité. » De là, l'indication formelle de donner au malade une alimentation progres-

sive, par petits acomptes, toutes les deux heures environ : un estomac intolérant rejetterait les aliments, et leur passage, maintenant largement ouvert, le trajet fistuleux amènerait son incontinence.

Dans la majorité des cas, au bout de huit jours, on alimentera le malade trois fois le jour, le matin, à midi, et le soir, et une fois la nuit. La ration alimentaire sera peu à peu augmentée ; certains malades absorbent trois ou quatre litres de lait par jour avec plusieurs œufs, cent grammes environ de viande crue passée au tamis, des purées alimentaires, du champagne, du café, etc.

Le malade qui fait le sujet de la XIII observation a demandé jusqu'à quatre litres de lait, et en plus il absorbait six œufs, de la viande crue, du bouillon, du rhum, du café, etc.

L'addition d'eau de Vichy facilitera la digestion.

Pour introduire les aliments dans l'estomac, l'on se sert d'un entonnoir en verre auquel est adapté un tube en caoutchouc, terminé lui-même par une canule en verre. L'extrémité de cette canule est effilée et s'adaptera au bec de la sonde placée dans la fistule.

Au moment du repas, on remplit l'entonnoir du liquide alimentaire, on le maintient levé, et sous la simple action de la pesanteur, les aliments passent facilement dans l'estomac. Nous avons représenté un gavage semblable dans la figure ci-jointe.

L'on peut aussi se servir de la seringue de Guyon : cet instrument stérilisable a un double avantage : il peut être maintenu facilement propre, et de plus, il permet de développer une pression suffisante pour déboucher la sonde au cas où



celle-ci serait oblitérée momentanément par un caillot de lait ou une parcelle alimentaire (1).

Pour être complet, rappelons que deux lavements nutritifs doivent être donnés au malade : un le matin, l'autre le soir, et cela aussi longtemps que la nourriture par la bouche stomacale ne sera pas suffisante.

On a conseillé, pour priver le moins possible le malade des sensations supérieures, de lui donner à boire et à manger par la bouche, même si l'œsophage est complètement oblitéré : « Cette alimentation par la bouche est nécessaire, non seulement parce qu'elle remplit l'estomac, mais parce qu'elle met en jeu les fonctions des nerfs du goût, qui par action réflexe entretiennent les autres appareils nerveux qui concourent à la grande fonction de nutrition (2). »

Cette méthode était assez usuelle autrefois, où le malade mastiquait préalablement les aliments que l'on introduisait ensuite par la fistule stomacale. Actuellement, elle est complètement abandonnée.

Quant aux malades, dont le rétrécissement œsophagien laisse encore passer quelques liquides, ils devront continuer à prendre quelque nourriture par la bouche, sans omettre toutefois d'utiliser leur fistule gastrique : il faut craindre en effet un accident : le rétrécissement et l'oblitération de cette fistule. Nous reviendrons plus loin sur ce sujet.

Au bout de quelques semaines, le malade apprendra à se gaver lui-même.

B. Des soins à donner à la fistule stomacale. — Combien de temps doit-on laisser la sonde à demeure ?

(1) BAROZZI, Thèse de Paris, 1898.

(2) ISRAELS, de Berlin, in L. H. PETIT, *De la gastrostomie*.

Nous avons vu qu'à la suite de la gastrostomie, on a laissé dans l'estomac une sonde n° 16, en gomme, un peu rigide ; cette sonde était fixée à la paroi abdominale par un crin de Florence.

Autour d'elle va se faire la cicatrisation des tissus, et se former la fistule. Elle devra rester à demeure quatre ou cinq jours ; au bout de ce temps, il suffira de sectionner le crin de Florence, et on la retirera facilement.

Elle sera remplacée par une sonde molle en caoutchouc rouge, qui restera elle-même à demeure durant quatre ou cinq jours.

Puis, environ huit jours après l'opération, toute sonde à demeure est supprimée, et il suffira de la réintroduire dans l'estomac au moment des repas.

Dans leur intervalle, on applique sur l'orifice et sur la plaie un pansement aseptique, une simple compresse stérilisée soutenue par un tampon de coton hydrophile et un bandage de corps. Au repas suivant, l'on constatera facilement le bon ou le mauvais fonctionnement de la fistule, lorsque, le pansement étant retiré, la compresse sera restée nette et propre, ou aura été souillée par quelques gouttes de liquide stomacal.

Puis la sonde sera introduite pour l'alimentation du malade ; après chaque repas, elle sera nettoyée soigneusement et placée dans un liquide antiseptique faible, tel que l'eau boriquée.

Nous devons insister dans ce chapitre des soins consécutifs, sur la nécessité de retirer en temps opportun la sonde laissée à demeure ; la négligence de cette manœuvre peut conduire à deux sortes d'accidents : 1° l'élargissement de la fistule par suite du séjour prolongé de la sonde ; 2° ou, au contraire, rétré-

cissement et oblitération de cette même fistule si on reste trop longtemps sans passer la sonde dans le trajet.

1° *Elargissement de la fistule.* — Nous ne nous attarderons pas sur ce point : nous avons vu que durant les premiers jours, la sonde servait à calibrer l'orifice (1) ; mais, laissée à demeure trop longtemps, cette sonde favorisera le relâchement des tissus cicatriciels, d'où béance de l'orifice fistuleux ; elle agira à la façon des anciens obturateurs et causera des accidents semblables à ceux relatés précédemment.

2° *Rétrécissement et oblitération de la fistule.* — Veiller au rétrécissement de la bouche stomacale, veiller à ce qu'elle ne se ferme pas, voilà une assertion paradoxale en apparence : plusieurs observations cependant sont venues démontrer que ces accidents ne sont pas si rares.

Cette année même, au mois de mai, M. le Dr Schwartz rapportait le fait suivant à la Société de chirurgie (malade de l'observation VIII) : « Il importe de surveiller attentivement le rétrécissement de la fistule : j'ai opéré en effet il y a huit mois, un homme atteint de rétrécissement de l'œsophage, et chez lequel la déglutition était devenue si facile à la suite de la disparition du spasme œsophagien, qu'il a omis de cathétériser sa fistule : *elle s'est oblitérée*, et j'ai dû reponctionner l'estomac et remettre une sonde. Seulement, j'ai eu alors la mauvaise idée d'attirer l'estomac ; il en est résulté de l'incontinence du suc gastrique. »

Le malade qui fait le sujet de l'observation n° XVI, a vu également sa fistule s'oblitérer par suite de sa négligence à la cathétériser. Il a dû subir une seconde gastrostomie.

(1) CHAMPIONNIÈRE, *Société de chirurgie*, mai 1900.

Cet accident se produit souvent chez les malades, atteints de rétrécissement cicatriciel de l'œsophage, chez les malades guéris qui peuvent s'alimenter par la bouche quand le spasme œsophagien a disparu. Il faut donc y veiller, et, suivant le conseil de Reclus, le prévenir par un cathétérisme régulier.

Cette régularité dans le cathétérisme peut ne pas suffire : nous avons vu chez le malade de l'observation XIII, que le passage de la sonde peut être quelquefois difficile ; cet homme pourtant n'absorbait aucun aliment par la bouche et il était alimenté par sa fistule quatre fois par jour ; il fallait souvent pour favoriser l'introduction de la sonde, enduire son extrémité de quelques gouttes d'huile, et à plusieurs reprises l'on a dû laisser pendant plusieurs heures la sonde à demeure.

Quelques auteurs ont conseillé l'usage de tiges de laminaire ; cette manœuvre nous semble inutile et douloureuse, car la sonde remplira suffisamment le rôle de dilatateur.

Résumons en quelques lignes ce chapitre des soins consécutifs.

1^o *Alimentation*. — 1^{er} jour. Opération : Rien par la fistule à moins de cachexie extrême. Lavement nutritif.

2^e jour. 250 grammes de lait avec œuf.

3^e jour. 500 grammes de lait avec œuf.

Administré par petites quantités toutes les deux heures.

Les jours suivants, alimentation plus abondante et plus substantielle, jus de viande, bouillon.

Au bout de huit jours environ, alimentation en trois repas, avec lait, œufs, bouillon, viande crue, alcools, etc.

2^o *Cathétérisme* régulier au moment des repas.

Sonde à demeure pendant quelque temps s'il y a menace de rétrécissement.

L'on pourrait reprocher, au procédé que nous avons décrit, de favoriser cette tendance à l'oblitération de la bouche stomacale ; mais, outre que cet accident est rare, il est surtout imputable à la négligence : par des soins attentifs, il sera facilement évité. Supposons qu'il se produise ; le mal est réparable : d'ailleurs, une fistule qui tend à se rétrécir ne vaut-elle pas mille fois mieux qu'une fistule incontinente avec ses accidents dus au suc gastrique ?

Ce reproche peut s'adresser à d'autres procédés : c'est ainsi que chez les malades opérés d'après la méthode de Marwedel, cette tendance à la sténose progressive a lieu surtout dans la portion pariétale du canal. On y remédie comme il a été indiqué.

Le malade porteur de sa bouche stomacale a donc appris à s'alimenter lui-même. Il va jouir maintenant du bénéfice de son intervention, jusqu'au jour plus ou moins rapproché où l'évolution de son néoplasme le conduira au terme fatal : car, dans les rétrécissements cancéreux, la gastrostomie n'est hélas qu'un traitement palliatif : cependant, c'est une opération précieuse qui donne au malade de nouvelles armes pour lutter plus ou moins longtemps contre la cachexie progressive, lui assure une alimentation intégrale, grâce à l'étanchéité parfaite de sa fistule, et elle lui procure ainsi une survie quelquefois inespérée.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Recueillie dans le service de M. SCHWARTZ).

Cancer de l'œsophage. — Gastrostomie. — Survie de un mois.

B... Vincent, 49 ans; garçon de bureau.

Entre à l'hôpital Cochin, salle Gosselin, le 1^{er} août 1893.

Pas d'antécédents.

Depuis 2 mois, a ressenti une douleur violente à l'orifice supérieur de l'œsophage, lors du passage des aliments. Ceux-ci sont rejetés presque aussitôt après leur injection.

L'olive est arrêtée à 33 centimètres.

Pas d'adénite.

4 août. — Gastropexie.

6. — Gastrostomie, par le procédé décrit plus haut.

Nourriture par la sonde : trois litres de lait par jour.

14. — On retire les fils ; pas de suppuration, le malade va bien. *Aucun liquide ne s'écoule par la plaie.* A partir du 25 août, le malade commence à se cachectiser rapidement.

Vomissements sanglants et purulents, diarrhée.

Le malade meurt le 30 août dans l'adynamie.

OBSERVATION II.

Cancer du pharynx. — Gastrostomie. — Survie de 1 an.

La nommée O... Madeleine, 39 ans.

Cancer du pharynx, déglutition impossible.

Entre à l'hôpital en février 1895.

18 février. — Gastrostomie par le procédé habituel.

Suites opératoires excellentes : *bon fonctionnement de la fistule gastrique.*

La malade meurt en janvier 1896.

OBSERVATION III.

Cancer de l'œsophage. — Gastrostomie. — Guérison.

Le nommé C... François, menuisier, 62 ans, entre à l'hôpital Cochin le 10 juin 1897, salle Gosselin.

Pas d'antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — A 30 ans, il a eu la syphilis et n'a jamais suivi de traitement.

Depuis 15 mois, le malade est obligé de boire lentement, gorgée par gorgée ; sans cette précaution une grande partie du liquide est rejetée au dehors.

Depuis quelque temps les aliments doivent être mastiqués longtemps, et une gorgée de liquide est nécessaire pour faire déglutir le bol alimentaire. Le malade a le dégoût de la viande, et ne peut plus l'avalier,

Il a maigri de 20 kilogrammes depuis un an. Au moyen de la sonde œsophagienne, on constate un rétrécissement siégeant à trente centimètres des arcades dentaires, par conséquent dans le tiers inférieur de l'œsophage : l'olive du plus petit diamètre n'arrive pas à le franchir.

22 juin. — Gastrostomie en un temps.

Manuel opératoire ordinaire.

L'estomac est fixé par 20 fils de soie et quatre crins de Florence.

23. — 24 heures après l'opération, le malade est alimenté par la bouche et par la sonde.

Toutes les trois heures, on injecte la valeur d'une tasse de lait.

Les jours suivants, le malade continue ses tentatives d'alimentation par la bouche ; en même temps, on injecte par la sonde, du lait, de la pepsine, de la poudre de viande.

10 juillet. — Le malade sort de l'hôpital.

Il a augmenté de un kilogramme environ.

A aucun moment la fistule n'a laissé suinter une goutte de liquide stomacal. Depuis le dixième jour après l'intervention, la sonde n'est plus introduite qu'au moment des repas : la continence est irréprochable, les téguments ambiants sont indemnes de toute trace d'irritation.

OBSERVATION IV.

Carcinome de l'œsophage. — Gastrostomie. — Survie de deux ans.

B..., 60 ans, avril 1897.

A des signes de rétrécissement depuis 1 an environ surtout fréquents depuis quelques mois.

Amaigrissement rapide.

Avale encore les liquides mais péniblement.

Salivation très abondante.

La sonde exploratrice n° 3 est arrêtée à 25 centimètres des arcades dentaires (4^e vertèbre dorsale).

Opération le 11 avril 1897.

Gastrostomie en 1 temps. Incision de Labbé.

Estomac facile à trouver. Fixation par 2 rangées de sutures séro-séreuses, puis séro-cutanées.

Ponction et sonde à demeure n° 14, pendant 24 heures : on commence à le nourrir au bout de ce temps.

Ablation des fils le 10^e jour.

Repas 4 fois par jour : continence fistulaire parfaite.

3 mai. — Salivation toujours très abondante, mauvaises nuits : aucune cessation de spasme, ne peut rien avaler par en haut.

A aucun moment, il n'y a eu incontinence de la fistule.

Revu le 2 juillet 1897. Le malade est en bon état.

Revu le 18 juillet 1898, le malade est en meilleur état que l'an dernier. Excellent fonctionnement de la bouche stomacale.

Rien ne passe par l'œsophage.

Mort en avril 1899.

OBSERVATION V.

Cancer œsophagien. — Gastrostomie. — Survie de 10 jours.

D... Joseph, 49 ans, cultivateur, entre salle Demarquay le 24 avril 1895.

En février, il s'aperçoit qu'il avale difficilement les aliments solides et que souvent, il avait une expectoration sanguinolente.

Depuis plusieurs jours, voix bitonale.

A la vue, le cou est augmenté de volume ; il y a de l'adénite cervicale ; la trachée est repoussée en avant.

On cherche à introduire une sonde à boule olivaire dans l'œsophage : on est arrêté à une distance de 0 m. 16 des arcades dentaires par un obstacle infranchissable.

Les cordes vocales sont dans un état de relâchement presque complet et ne se contractent que si l'on fait parler le malade.

La déglutition des liquides est presque impossible.

4 mai. — Gastrostomie.

Les suites opératoires sont bonnes : le 8^e jour, la sonde est retirée, *l'estomac garde bien tous les aliments : aucun écoulement de liquide stomacal.*

Le 10^e jour après l'opération, élévation de température, cachexie, marasme.

Décès le 14 mai. Opposition à l'autopsie.

OBSERVATION VI.

Rétrécissement cicatriciel de l'œsophage. — Gastrostomie. — Guérison.

Elisa L., 40 ans, entre le 25 juin 1895.

Le 4 avril précédent, elle avale par mégarde un verre de potasse caustique.

Elle rend aussitôt le liquide corrosif et une partie de son déjeuner.

La bouche est très rouge et les vomissements continuent toute une journée : douleurs thoraciques.

La malade ne prend que du lait.

15 jours après l'accident, le rétrécissement œsophagien est complet : les liquides passent à peine.

Entre à Cochon le 25 juin. Cathétérisme impossible.

26 juin. — Gastrostomie.

Les jours suivants, on continue le cathétérisme et la dilatation de l'œsophage.

Suites opératoires normales : *la fistule fonctionne parfaitement et l'état général s'améliore rapidement.*

Dans le courant du mois d'août, la malade fait un abcès péri-

œsophagien qui se vide par la bouche, néanmoins l'état général est bon.

La dilatation œsophagienne progresse peu, bien que le sondage soit quotidien et régulier.

18 novembre. — La malade retourne chez elle dans un état satisfaisant, se nourrissant très bien par sa bouche stomacale, et cependant le rétrécissement œsophagien est assez serré pour permettre à peine le passage d'une sonde n° 10 ou 12.

Depuis, cette malade a été perdue de vue.

OBSERVATION VII.

Cancer œsophagien. — Gastrostomie. — Le malade sort de l'hôpital.

Le nommé N..., 69 ans, sans profession, entre le 8 février, 1897, à l'isolement.

Depuis quatre mois, dysphagie.

Depuis trois semaines, les liquides ne passent presque plus.

Le malade est cachectique.

La sonde œsophagienne montre que l'obstacle siège à 20 centimètres au-dessous de l'orifice supérieur de l'œsophage. Le malade tousse beaucoup et a une expectoration purulente.

9 février. — Gastrostomie par le procédé décrit plus haut.

Par la fistule stomacale on introduit une sonde n° 14 rigide.

Pendant deux jours on alimente le malade par cette sonde ; le 11 février, la sonde s'oblitére et est remplacée par une sonde molle du même numéro.

Le malade absorbe 1 litre et demi de lait et un lavement de peptone.

13 et 14. — Il prend 2 litres de lait et un jaune d'œuf.

15 et 16. — 2 jaunes d'œuf, lait, bouillon, viande crue passée au tamis : on supprime le lavement nutritif.

17. — On enlève la sonde qui n'est remise qu'au moment des repas.

Le malade apprend à se sonder lui-même ; il a toujours une

sensation de brûlure à l'œsophage dont le rétrécissement inférieur diminue. .

La continence de la fistule est absolue.

Le malade sort de l'hôpital le 12 mars dans un état satisfaisant.

OBSERVATION VIII.

Rétrécissement néoplasique de l'œsophage ; gastrostomie. —

Survie. — Oblitération de la fistule. — Nouvelle gastrostomie.

J... François, 54 ans, valet de chambre, entre le 6 octobre 1899 ; isolement, n° 5 pavillon Lister.

Pas d'antécédents.

Le 18 mars 1899, à l'hôpital Baujon, il subit l'ablation d'un lipome.

Vers le milieu de février 1899, il commença à avoir de la difficulté pour avaler.

A partir du 1^{er} mars, ne peut avaler que les aliments demi-solides.

Alternatives d'intensité dans la dysphagie.

Depuis deux ou trois mois, douleurs lancinantes et térébrantes à la région présternale.

Pas d'hématémèses.

Depuis deux mois environ, vomissements glaireux et sanguinolents.

Amaigrissement considérable depuis huit mois : palpitations cardiaques fréquentes.

Poids du malade : 53 kilogrammes.

La sonde œsophagienne accuse un rétrécissement assez serré, arrêtant l'olive n° 12.

11 octobre. — Gastrostomie par le procédé habituel.

Suites opératoires très simples sans élévation de température.

L'alimentation par la sonde commencée le second jour se fait facilement.

Au 10^e jour, la sonde n'est plus laissée à demeure.

Fistule parfaitement étanche ; aucun écoulement de liquide stomacal, ni de suc gastrique.

3 novembre. — Etat général satisfaisant.

12. — Le malade sort de l'hôpital, il pèse 54 kilogrammes.

Il part en province.

Rentre à l'hôpital au mois de décembre 1899.

Il a négligé de cathétériser sa fistule : il n'est plus possible de passer la sonde.

30 décembre. — Nouvelle gastrostomie, opérée par le procédé classique, suture de la muqueuse à la peau.

La fistule n'est pas continente.

Malgré l'alimentation régulière par la bouche stomacale, le malade meurt par cachexie progressive le 27 janvier 1900.

OBSERVATION IX.

Cancer œsophagien. — Gastrostomie.

B..., cocher, 59 ans, entre le 3 mai 1899, au n° 1 de l'isolement.

Ni éthylysme, ni syphilis.

5 janvier. — Il s'aperçoit que la déglutition est difficile et ressent comme une constriction au niveau du larynx.

Les jours suivants, la viande est difficilement absorbée.

15 avril. — Déglutition impossible pour les solides.

Du 18 avril au 3 mai, le malade ne prend que du lait, du bouillon.

Amaigrissement rapide.

A son entrée, le malade pèse 59 kilogrammes.

Adénite inguinale, sous-claviculaire et axillaire.

La sonde œsophagienne accuse un rétrécissement siégeant au niveau de la 6^e cervicale ; ce rétrécissement est infranchissable.

9 mai. — Gastrostomie.

L'estomac est rétracté et gros comme le côlon transverse.

On introduit une sonde n° 14.

Dans la nuit du 11 au 12 mai, la sonde s'oblitére et est remplacée par une sonde de même calibre.

Le malade prend 1 litre 1/2 de lait et un lavement de peptone.

17. — On enlève la sonde pour ne la réintroduire qu'au moment des repas.

Le malade gagne peu à peu des forces.

Continence parfaite de la fistule.

Il se sonde lui-même.

Peu à peu, il avale quelques gorgées de lait par la bouche.
Sort de l'hôpital le 15 juin. Poids, 62 kilogrammes.

OBSERVATION X.

Gastrostomie pour cancer œsophagien. — Survie de deux mois.

G... Emile, 53 ans, tonnelier, entre le 26 février 1900, pavillon Lister.

Pas d'antécédents héréditaires, pas de syphilis. Ethylisme.

Depuis trois ans au moins, le malade remarque qu'en avalant ses aliments, il ressent une douleur assez vive dans la partie droite du thorax.

Il y a trois mois, les aliments solides passaient difficilement.

Depuis un mois, dysphagie absolue, le malade n'absorbe que les liquides.

Vomissements œsophagiens, salivation abondante, régurgitations glaireuses.

La sonde s'arrête à 25 centimètres des arcades dentaires et revient un peu ensanglantée. Pas d'hématémèses.

Le malade est très amaigri : la région gastrique est creusée et comme évidée.

12 mars. — Gastrostomie.

19. — Le malade commence à s'alimenter un peu par la bouche, mais ne peut prendre que des liquides. La fistule fonctionne parfaitement.

21. — On se contente de placer la sonde au moment des repas. *La continence de l'estomac est parfaite.*

6 avril. — Etat général satisfaisant : le malade a augmenté d'environ 500 grammes.

10. — Augmentation de 100 grammes.

21. — Augmentation de 100 grammes.

4 mai. — Etat stationnaire.

10. — Les forces du malade déclinent rapidement, malgré les gavages réguliers et le parfait fonctionnement de la fistule.

15. — Aphonie, dyspnée.

Décès le 15 mai au soir.

Opposition à l'autopsie.

OBSERVATION XI.

Cancer de l'œsophage. — Gastrostomie. — Survie de six semaines.

La nommée M..., blanchisseuse, 61 ans, entre le 14 mars 1900, salle Sédillot, à Cochin.

Ethylisme, misère, pas de maladies antérieures.

Au mois de décembre 1899, difficulté pour avaler le pain, douleur présternale au-dessus de l'appendice xyphoïde. Actuellement, les liquides passent encore, mais avec une certaine difficulté.

Douleurs gastriques surtout après les repas : constipation opiniâtre.

Pas de ganglions sus-claviculaires.

L'olive de moyen calibre est arrêtée à 28 centimètres des arcades dentaires et revient légèrement sanguinolente. L'olive la plus petite ne peut franchir le rétrécissement.

Pendant la déglutition, bruit de glouglou prolongé au niveau de la deuxième vertèbre dorsale.

Artériosclérose, emphysème pulmonaire.

Sort le 20 mars sans être opérée.

Rentre à l'hôpital Cochin le 13 juin 1900, n'avalant plus que des liquides.

14. — Gastrostomie par M. Schwartz.

Soins post-opératoires ordinaires.

18. — La malade a quelques régurgitations en essayant de s'alimenter par l'œsophage.

2 juillet. — On enlève la sonde.

La continence stomacale est complète ; pas le moindre écoulement de liquide.

26. — L'état général décline, la cachexie augmente.

Mort dans le marasme le 2 août.

OBSERVATION XII.

Cancer de l'œsophage. — Gastrostomie. — Survie de deux mois.

J..., 51 ans, apprêteur, entre à l'isolement, n° 2, salle Gosselin, le 14 juin 1900.

Ethylique.

En janvier 1900, il commence à perdre l'appétit et à ressentir du dégoût pour les aliments.

Dysphagie de plus en plus complète. Depuis une quinzaine de jours, vomissements presque aussitôt après l'ingestion des aliments.

Douleurs depuis le 15 avril, sensation de brûlure au moment de l'ingestion des aliments. Cette douleur est exagérée par la pression immédiatement au-dessous des côtes, un peu à gauche de la ligne médiane.

La sonde œsophagienne pénètre de 41 centimètres ; il y a un point rétréci et infranchissable au niveau du cardia.

Le malade a maigri de 14 kilogrammes en trois mois.

19 juin. — Intervention : anesthésie à l'éther.

Soins consécutifs usuels.

24. — Le malade a pu prendre un peu de lait par la bouche.

29. — On supprime la sonde à demeure et on ne l'introduit dans l'estomac qu'au moment des repas.

19 juillet. — Etat général satisfaisant : aucune régurgitation par la fistule : téguments intacts.

29. — Il peut prendre lait et bouillon par la bouche.

19 août. — Le malade se plaint de ressentir au niveau de sa cicatrice un tiraillement qui l'empêche de se tenir debout et le gêne même dans le décubitus dorsal.

21. — Hématémèse violente. Début à 3 heures après midi, ne cesse que le soir. Le sang sort par la bouche, l'anus, la fistule gastrique.

22. — Décès. — Pas d'autopsie.

OBSERVATION XIII.

Cancer œsophagien. — Gastrostomie. — Survie de quatre mois.

G., 47 ans, jardinier.

Entre le 21 mai 1900 à l'hôpital Cochin, salle Gosselin n° 7.

Depuis le mois de mars, déglutition difficile ; les aliments sont rejetés sitôt après leur ingestion.

Amaigrissement, asthénie.

Pas d'hématémèses.

Avec la sonde on constate un rétrécissement notable siégeant à 5 centimètres de l'orifice supérieur de l'œsophage.

Comme le sondage ne provoque aucun saignement, on se décide par exception à pratiquer la dilatation. Le passage de la sonde est impossible au bout de quelques jours.

10 juin. — L'amaigrissement depuis le 21 mai a été de 3 kilogrammes. L'intervention est décidée, mais le malade la refuse et sort de l'hôpital le 12 juin.

5 juillet. — Il revient à Cochin.

Depuis le 29 juin, il a eu un violent frisson : les liquides ne passent plus.

Il ressent une douleur thoracique vive localisée un peu en dedans de l'omoplate droite.

Le malade pèse 80 kilogrammes.

10. — Poids 78 kilogrammes.

11. — Gastrostomie transmusculaire.

Suites opératoires excellentes : pas d'élévation de température.

20. — On enlève les fils. *Continence parfaite de la fistule*. Aucun écoulement, bien que l'estomac contienne des liquides.

Les forces reviennent peu à peu.

Alimentation très abondante : trois à quatre litres de lait par jours, six œufs, viande crue, rhum, café, etc.

Tolérance remarquable de l'estomac : la bouche stomacale fonctionne parfaitement bien.

En septembre 1900, une bronchite se déclare, mais n'a aucune influence malheureuse sur la plaie et sur le bon fonctionnement de la fistule.

1^{er} octobre. — Bon état général.

Voici les poids du malade à différentes époques :

7 juillet. — 80 kilogrammes.

10. — 79 k. 7.

13. — 79 kilogrammes.

30. — 81 k. 5.

20 août. — 80 k. 3.

3 septembre. — 79 k. 8.

11. — 80 k. 3.

24. — 80 k. 7.

1^{er} octobre. — 79 k. 6.

15. — 81 k. 2.

15. — Etat général satisfaisant.

OBSERVATIONS (Résumées).

*Dues à l'obligeance de M. le D^r MONOD, chirurgien de
l'hôpital Saint-Antoine.*

Toutes ces opérations sont faites par le même procédé.

Fixation de l'estomac à la paroi par six fils latéraux (trois de chaque côté), et deux transverses aux extrémités.

Ouverture de l'estomac fixé avec un ténotome.

Introduction d'une sonde n° 17 ou 18.

OBSERVATION XIV.

Cancer œsophagien. — Gastrostomie.

Len..., homme, 49 ans.

Entré à Saint-Antoine au commencement de mai 1867.

On diagnostique un retrécissement œsophagien probablement cancéreux.

L'oblitération de l'œsophage n'est pas complète ; le malade présente encore un état général satisfaisant.

5 mai 1897. — Opération, anesthésie au chloroforme.

Suites bonnes ; la continence de l'estomac est absolue.

Le malade sort en bon état le 17 mai.

OBSERVATION XV.

Cancer de l'œsophage. — Gastrostomie. — Survie de plusieurs mois.

P..., homme, 55 ans.

Entre à Saint-Antoine en janvier 1899, pour cancer de l'œsophage.

La déglutition est impossible, même pour les liquides.

Mauvais état général : cachexie.

Opération le 19 janvier 1899, anesthésie à la cocaïne.

Suites ordinaires. *La continence de la fistule est parfaite.*

Le malade a pu reprendre quelques aliments liquides par la bouche.

Sort de l'hôpital en mai 1899. Etat général satisfaisant.

A été perdu de vue.

OBSERVATION XVI.

Rétrécissement probablement cancéreux. — Gastrostomie. — Puis rétrécissement de la fistule gastrique. — Nouvelle gastrostomie

Lem..., homme, 52 ans.

Entre à l'hôpital Saint-Antoine en juin 1900.

Diagnostic : Cancer œsophagien.

La déglutition des liquides est encore possible.

Bon état général.

21 juin 1900. — Gastrostomie.

Suites opératoires normales ; *la continence de l'estomac est par faite.*

Le poids du malade augmente : état général satisfaisant.

En septembre, le malade revient à l'hôpital Saint-Antoine.

Ayant pu s'alimenter par la bouche, il a négligé de se cathétériser.

La fistule est fermée.

18 septembre. — Nouvelle gastrostomie, et de nouveau on remet une sonde à demeure dans le trajet.

Le résultat fonctionnel a de nouveau été excellent ; la bouche stomacale est continente.

CONCLUSIONS

I

I. — Le procédé de gastrostomie transmusculaire que nous avons décrit constitue une intervention d'une exécution relativement simple et rapide.

II. — Il se distingue des autres procédés (classique, valvulaires), en ce qu'il ne touche pas à la muqueuse et ne lui fait subir ni sutures, ni plissement, ni valvulation.

III. — Il réalise le but de la gastrostomie en créant une *fistule continente* entourée comme d'un sphincter constitué par les fibres du grand droit.

IV. — Pour obtenir ce résultat, il est indispensable, comme l'indiquent les propositions formulées par MM. les professeurs Poncet et Terrier, de pratiquer une ouverture aussi petite que possible à l'estomac.

V. — Sans vouloir assigner le premier rang à ce procédé, nous sommes convaincus de son excellence, et constatons qu'il ne le cède en rien aux autres méthodes pour les résultats obtenus.

II

I. — L'acte opératoire n'est que la première partie de la gastrostomie ; la seconde partie, non moins importante, consiste dans les soins post-opératoires.

II. — Il faut par des soins journaliers et minutieux pourvoir à l'alimentation du malade, veiller à ne pas dilater sa fistule par des sondes d'un trop gros calibre.

III. — Il faut veiller en particulier à ce que la fistule ne se rétrécisse pas au point de s'opposer au cathétérisme.

IV. — Parer aux divers accidents : infection, incontinence qui rendraient l'intervention plutôt défavorable qu'utile au malade.

Vu :

Le Président de la thèse,
TILLAUD.

Vu :

Le Doyen,
P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Duplay et Reclus. — *Traité de chirurgie*. HARTMANN, Art. Œsophage.
Le Dentu et Delbet. — *Traité de Chirurgie*, Tome VI.
Penières. — *Archives prov. de Chirurgie*. II, 1893.
L.-H. Petit. — *Traité de Gastrostomie*. Paris, 1879.
Tillier. — Thèse de Lyon, 1891.
Barozzi. — Thèse de Paris, 1898.
Guillot. — Thèse de Paris, 1900.
Bousquet. — Thèse de Paris, 1892.
Duplay. — *Cliniques de l'Hôtel-Dieu*, 1899.
Tillaux. — *Leçons de Chirurgie clinique*, 1895.
Terrier et Delagenière. — *Revue de chirurgie*, 1890.
Terrier et Louis. — *Revue de chirurgie*, 1891.
Schwartz et Picqué. — *Société de chirurgie*, 1895.
Schwartz et Quénu. — *Société de chirurgie*, 1900.
Bulletins de la Société de chirurgie, 1898.
Bulletins de la Société anatomique, 1899.
Hartmann. — *Bulletins de la Société anatomique*, 1891.
-

Imp. J. Thevenot, Saint-Dizier (Haute-Marne).
